



## Resumen de Beneficios



## Plan Dental Individual y Familiar Plan DPPO

### Family Dental PPO

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)<sup>1</sup>. Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Este Plan tiene Beneficios por separado para Miembros Infantiles y Miembros Adultos. Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años. Los Beneficios para Miembros Adultos están disponibles para los Miembros de 19 años o más.

### Red de Proveedores Dentales:

### Red de DPPO

Este Plan usa una red específica de proveedores de atención dental llamada red de proveedores de DPPO. Los dentistas de esta red se llaman Dentistas Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Dentista Participante que cuando se atiende con un Dentista No Participante. Puede encontrar Dentistas Participantes de esta red en [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com).

### Deducible por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan. Blue Shield paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

|                                                              |                             | Cuando se usan<br>Dentistas<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Dentistas No<br>Participantes <sup>4</sup> |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible por Año Calendario para Miembros Infantiles</b> | <i>Cobertura individual</i> | \$75                                                      | \$75                                                         |
|                                                              | <i>Cobertura familiar</i>   | \$75: por persona<br>\$150: por Familia                   | \$75: por persona<br>\$150: por Familia                      |
|                                                              |                             |                                                           |                                                              |
| <b>Deducible por Año Calendario para Miembros Adultos</b>    | <i>Cobertura individual</i> | \$50                                                      | \$50                                                         |
|                                                              | <i>Cobertura familiar</i>   | No corresponde                                            | No corresponde                                               |

### Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario<sup>5</sup>

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la EOC.

|                                                                               |                             | Cuando se usan<br>Dentistas<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Dentistas No<br>Participantes <sup>4</sup> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario para Miembros Infantiles</b> | <i>Cobertura individual</i> | \$350                                                     | No hay máximo                                                |
|                                                                               | <i>Cobertura familiar</i>   | \$350: por persona<br>\$700: por Familia                  | No hay máximo<br>No hay máximo                               |
|                                                                               |                             |                                                           |                                                              |
| <b>Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario para Miembros Adultos</b>    | <i>Cobertura individual</i> | No hay máximo                                             | No hay máximo                                                |
|                                                                               | <i>Cobertura familiar</i>   | No corresponde                                            | No corresponde                                               |

## Beneficio Máximo por Año Calendario<sup>6</sup>

Este Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros por año.

|                                                                     |                             | Quando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup><br>o No Participantes <sup>4</sup> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio Máximo por Año Calendario para Miembros Infantiles</b> |                             | No hay máximo                                                                          |
| <b>Beneficio Máximo por Año Calendario para Miembros Adultos</b>    | <i>Cobertura individual</i> | \$1,500                                                                                |
|                                                                     | <i>Cobertura familiar</i>   | No corresponde                                                                         |

## Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos. No se aplicará el período de espera si tiene un comprobante de cobertura comparable previa.

|                                                   |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Período de espera para Miembros Infantiles</b> | No hay período de espera           |
| <b>Período de espera para Miembros Adultos</b>    | 6 meses para los servicios mayores |

## Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos durante la membresía.

## Beneficios para Miembros Infantiles<sup>7,8,9</sup>

### Su pago

| <i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i> | Quando se usan<br>Dentistas<br>Participantes <sup>3</sup> | Se aplica<br>el CYD <sup>2</sup> | Quando se usan<br>Dentistas No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se aplica<br>el CYD <sup>2</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Visita al consultorio</b>                                                                                              | \$0                                                       |                                  | \$0                                                          |                                  |
| <b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b>                                                                             |                                                           |                                  |                                                              |                                  |
| Examen bucodental                                                                                                         | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| Atención preventiva: limpieza                                                                                             | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| Atención preventiva: radiografías                                                                                         | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| Selladores, por diente                                                                                                    | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| Aplicación de flúor tópico                                                                                                | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| Separadores fijos                                                                                                         | \$0                                                       |                                  | 10 %                                                         |                                  |
| <b>Servicios básicos</b>                                                                                                  |                                                           |                                  |                                                              |                                  |
| Procedimientos reconstructivos                                                                                            | 20 %                                                      | ✓                                | 30 %                                                         | ✓                                |
| Mantenimiento periodontal                                                                                                 | 20 %                                                      | ✓                                | 30 %                                                         | ✓                                |
| Servicios generales adicionales                                                                                           | 20 %                                                      | ✓                                | 30 %                                                         | ✓                                |
| <b>Servicios mayores</b>                                                                                                  |                                                           |                                  |                                                              |                                  |
| Cirugía bucodental                                                                                                        | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |
| Endodoncia                                                                                                                | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |
| Periodoncia (que no sea de mantenimiento)                                                                                 | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |
| Coronas y moldes de yeso                                                                                                  | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |
| Prótesis dentales                                                                                                         | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |
| <b>Ortodoncia (Médicamente Necesaria)</b>                                                                                 | 50 %                                                      | ✓                                | 50 %                                                         | ✓                                |

## Beneficios para Miembros Adultos<sup>7,8,9</sup>

## Su pago

| Los Beneficios para Miembros Adultos están disponibles para los Miembros de 19 años o más. | Cuando se usan Dentistas Participantes <sup>3</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan Dentistas No Participantes <sup>4</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Visita al consultorio</b>                                                               | \$0                                                 |                               | \$0                                                    |                               |
| <b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b>                                              |                                                     |                               |                                                        |                               |
| Examen bucodental                                                                          | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| Atención preventiva: limpieza                                                              | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| Atención preventiva: radiografías                                                          | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| Selladores, por diente                                                                     | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| Aplicación de flúor tópico                                                                 | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| Separadores fijos                                                                          | \$0                                                 |                               | 10 %                                                   |                               |
| <b>Servicios básicos</b>                                                                   |                                                     |                               |                                                        |                               |
| Procedimientos reconstructivos                                                             | 20 %                                                | ✓                             | 30 %                                                   | ✓                             |
| Mantenimiento periodontal                                                                  | 20 %                                                | ✓                             | 30 %                                                   | ✓                             |
| Servicios generales adicionales                                                            | 20 %                                                | ✓                             | 30 %                                                   | ✓                             |
| <b>Servicios mayores</b>                                                                   |                                                     |                               |                                                        |                               |
| Cirugía bucodental                                                                         | 50 %                                                | ✓                             | 50 %                                                   | ✓                             |
| Endodoncia                                                                                 | 50 %                                                | ✓                             | 50 %                                                   | ✓                             |
| Periodoncia (que no sea de mantenimiento)                                                  | 50 %                                                | ✓                             | 50 %                                                   | ✓                             |
| Coronas y moldes de yeso                                                                   | 50 %                                                | ✓                             | 50 %                                                   | ✓                             |
| Prótesis dentales                                                                          | 50 %                                                | ✓                             | 50 %                                                   | ✓                             |
| <b>Ortodoncia (Medicamente Necesaria)</b>                                                  | Sin cobertura                                       |                               | Sin cobertura                                          |                               |

## Notas

### 1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

### 2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan tiene Deducibles por separado para:

- Deducible para Miembros Infantiles y Deducible para Miembros Adultos
- Deducible para Dentistas Participantes y Deducible para Dentistas No Participantes

Deducible individual para Miembros Infantiles. Cada Miembro Infantil es responsable del Deducible individual, a menos que se haya llegado al Deducible familiar, si corresponde.

Deducible individual para Miembros Adultos. Cada Miembro Adulto es responsable del Deducible individual.

Deducible familiar para Miembros Infantiles. La cobertura familiar se aplica a dos o más Miembros Infantiles solamente. En un plan con dos o más Miembros Infantiles, los pagos de costo compartido hechos por cada Miembro Infantil para los servicios dentro de la red contribuyen tanto al Deducible individual dentro de la red como al Deducible familiar dentro de la red, si corresponde. Los pagos de costo compartido hechos por cada Miembro Infantil para los Servicios Cubiertos fuera de la red contribuyen tanto al Deducible individual fuera de la red como al Deducible familiar fuera de la red, si corresponde.

Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible familiar (si corresponde), se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

---

### 3 Uso de Dentistas Participantes:

Los Dentistas Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

---

### 4 Uso de Dentistas No Participantes:

Los Dentistas No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista No Participante, usted es responsable de ambos gastos:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida (que puede ser alto).

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no están cubiertos ni cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos ni para los Beneficios Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

---

### 5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Una vez que llegue a los OOPM, el Plan pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Este Plan tiene Gastos de Bolsillo Máximos por separado para:

- OOPM para Miembros Infantiles y OOPM para Miembros Adultos
- OOPM para Dentistas Participantes y OOPM para Dentistas No Participantes

OOPM individuales para Miembros Infantiles. Los pagos de costo compartido hechos por cada Miembro Infantil para los Servicios Cubiertos dentro de la red se acumulan para los OOPM individuales.

OOPM individuales para Miembros Adultos. Los pagos de costo compartido hechos por cada Miembro Adulto para los Servicios Cubiertos dentro de la red se acumulan para los OOPM individuales.

OOPM familiares para Miembros Infantiles. La cobertura familiar se aplica a dos o más Miembros Infantiles solamente. En un plan con dos o más Miembros Infantiles, los pagos de costo compartido hechos por cada Miembro Infantil para los servicios dentro de la red contribuyen tanto a los OOPM individuales dentro de la red como a los OOPM familiares dentro de la red.

OOPM para Dentistas No Participantes. Los pagos de costo compartido hechos por los Miembros para los Servicios Cubiertos fuera de la red no se acumulan para los OOPM.

---

### 6 Beneficio(s) Máximo(s):

Su pago después de llegar a cualquier Beneficio máximo. Pagará el 100 % de todos los cargos después de llegar a un Beneficio máximo.

Todos los Servicios Cubiertos cuentan para el Beneficio máximo por Año Calendario. El Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros.

---

### 7 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros.

---

### 8 Servicios de Atención Dental:

Todos los Beneficios de atención dental se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Médicamente Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica solamente si el Miembro permanece inscrito en el Plan. Todos los procedimientos hechos en relación con el tratamiento de Ortodoncia se pagan como Servicios de Ortodoncia Cubiertos.

Teleodontología. El servicio de teleodontología que ofrece este Plan es sin cargo.

Otros Servicios Cubiertos. El Blanqueamiento dental, la Ortodoncia para adultos, los Implantes, las Carillas dentales y los Servicios para adultos calificados como "Sin Cobertura" en el Cuadro de Limitaciones y Esquema Dental de la EOC no son servicios cubiertos.

La administración de estos modelos de planes debe cumplir con los requisitos del plan dental infantil de Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia, incluida la cobertura de servicios en casos de Necesidad Médica, tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).

Estas notas al pie no limitan las obligaciones de un emisor en cuanto a cumplir con las leyes, las reglas o las reglamentaciones locales, estatales o federales que correspondan. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, regla o reglamentación que acaba de ser promulgada o modificada y que se contradice con los requisitos de estas notas al pie, el emisor deberá cumplir con la ley, la regla o la reglamentación y con cualquier instrucción correspondiente que reciba de su autoridad regulatoria. Cuando estas notas al pie excedan los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir con los requisitos incluidos en estas notas.

---

### 9 Autorización previa:

Autorización previa o certificación previa para los Servicios Cubiertos. Antes del comienzo de cualquier tratamiento que se espera que cueste más de \$250, usted debe conseguir la autorización previa de los Beneficios, excepto en una emergencia.

---

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

## NOTICES AVAILABLE ONLINE

### Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices)。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。